pPमात्त्व हितलाभ दावा के लिए जीवित संतानों के संबंध में बीमाकृत महिला का स्व-घोषणा SELF DECLARATION OF INSURED WOMAN FOR SURVIVING CHILDREN FOR MATERNITY BENEFIT CLAIM

कर्मचारी राज्य बीमा निगम EMPLOYEES STATE INSURANCE CORPORATION

नियोक्ता का कूट सं./Employer's Code No		बीमाकृत महिला के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान Signature or thumb impression	
बीमाकृत महिला का नाम /Insure	d woman's Name	of the	e insured Woman
बीमा संख्या/ Insurance No		नि गोक्त	ा का मोहर एवं हस्ताक् <u>ष</u> र
पत्नी/ पुत्री wife/ Daughter of		Signature & Seal of Employer	
	ती हूँ कि आज की तारीख में मेरी निम्नानुसार जीवि at as on date, I have the following surviving o		
क्रम सं. / Sl. No.	संतान का नाम / Name of child	लिंग / Gender	जन्म तिथि / Date of Bir
प्रथम संतान First Child			
द्वितीय संतान Second Child			
तृतीय संतान Third Child			
चतुर्थ संतान Fourth Child			
हितलाभ भुगतान का दावा प्रथम /	णा करती हूँ कि ऊपर दी गई जानकारी सही है। द्वितीय / तृतीय/ चतुर्थ संतान के लिए स्वीकृत की ज eclare that information furnished above is tru e first/second/third/fourth—child may be acce	नाए। ne. Nothing has been conc	
दिनांक / Date:		बीमाकृत महिला के हस्ताक्षर/ अंगूठे का निशान Signature or thumb impression of the insured Woman	

लिए जिम्मेदार ठहराएगा तथा 2000/- रुपये तक का जुर्माना या 6 महीने तक का कारावास या दोनों ही दंड दिए जा सकते है।

IMPORTANT: Any person who makes a false statement or representation for the purpose of obtaining benefit, whether for herself or for some other person commits an offence punishable with imprisonment for a term which may extend upto six months, or with a fine upto Rs.2000/- or both.